4

CONTRIBUTION

à l'Etude du

Cancer de la lèvre inférieure

Thèse inaugurale présentée à la Faculté de Médecine de Berne
pour obtenir le grade de Docteur

PAR

CH. WARTMANN
Médecin-Chirurgien, de Genève
Ancien Interne et ancien Assistant de Chirurgie à l'Hôpital de l'Isle

GENÈVE
IMPRIMERIE FR. WEBER, RUE LÉVRIER, 3
1903

CONTRIBUTION

à l'Etude du

Cancer de la lèvre inférieure

Thèse inaugurale présentée à la Faculté de Médecine de Berne
pour obtenir le grade de Docteur

PAR

CH. WARTMANN

Médecin-Chirurgien, de Genève

Ancien Interne et ancien Assistant de Chirurgie à l'Hôpital de l'Isle

GENÈVE

IMPRIMERIE FR. WEBER, RUE LÉVRIER, 3

1903

M. le Professeur Kocher a eu l'obligeance de mettre à ma disposition des observations recueillies à la clinique. Je le remercie de la bonté qu'il m'a témoignée et l'assure de mes sentiments bien respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30604357

Thèse acceptée par la Faculté de Médecine sur la proposition de M. le Prof. Kocher.

Berne, Juillet 1903.

Le Doyen,

Dr. Prof. LANGHANS.

A l'heure où la question du cancer est à l'ordre du jour, j'ai pensé qu'il serait intéressant de présenter quelques réflexions sur le cancroïde de la lèvre inférieure.

Cette affection a le grand avantage d'être facilement observable et de nous donner des renseignements visibles sur le développement et la marche des affections carcinomateuses ; elle nous fournit des données certaines sur l'évolution du néoplasme, sur l'infection des glandes lymphatiques tributaires du territoire envahi et sur la production des métastases et des récidives.

Monsieur le professeur Kocher a bien voulu me confier 100 observations de malades opérés de cancer à la lèvre inférieure à la clinique chirurgicale de l'Université de Berne.

Je m'étais proposé de rechercher les résultats définitifs de l'intervention opératoire.

Mais l'âge avancé de la plupart des opérés (le cas le plus ancien remonte à 1873) et le fait que la majorité des patients exercent des professions ambulantes (ouvriers de campagne, journaliers, etc.), m'ont empêché de rassembler la totalité des résultats.

Je n'ai pu réunir que vingt-sept cas seulement dans lesquels l'enquête m'a fourni des données suffisantes pour baser une statistique des résultats obtenus par l'opération.

Ces vingt-sept observations, figurent *in-extenso* accompagnés des résultats de l'enquête à la fin de ce travail.

Pour tout ce qui concerne la partie clinique du sujet, j'ai fait état des renseignements que me fournissent les 100 observations.

Etiologie

Le cancer des lèvres est relativement fréquent, il représente d'après Wömer le 32,4 % des cancers abordables au bistouri.

D'après Czerny, le 75 % des néoplasmes malins sont inopérables ; en Allemagne par exemple 40,000 individus y succombent annuellement.

La pauvreté relative de la littérature sur le sujet s'explique par les difficultés qu'on éprouve à faire une enquête sur le sort ultérieur des opérés dont un grand nombre sont traités ambulatoirement.

Le cancer s'attaque beaucoup plus souvent à la lèvre inférieure qu'à la supérieure, c'est ainsi que le cancer de la lèvre inférieure est 19 fois d'après Fricke, 17 fois d'après Loos, plus fréquent que celui de la lèvre supérieure.

Certains auteurs déclarent même n'avoir jamais observé le carcinome de la lèvre supérieure.

Le cancer de la lèvre inférieure s'observe beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Parmi 100 malades il n'y a que 13 femmes, et d'après cette donnée, je suis sensiblement d'accord avec les auteurs français qui admettent que l'épithéloma labial de la femme est à celui de l'homme comme 1 est à 7,6.

Fricke, dans sa statistique, nous apprend que le 7, 2 % des malades représente des femmes, Wömer admet le chiffre de 9,6 % et Janowsky le 10 %.

Si les femmes jouissent d'une immunité plus grande en ce qui concerne la lèvre inférieure, il n'en est pas de même pour la lèvre supérieure, elles sont atteintes de cancers de cette dernière 7 fois plus souvent que les hommes.

Le cancer de la lèvre inférieure s'observe donc chez la femme et cela est en contradiction avec ce que certains auteurs ont prétendu.

Le docteur Dupré cite dans sa thèse le cas d'une malade qui habitait la montagne et devait rester souvent seule au logis. Elle fumait la pipe pour se distraire, et eût un cancer de la lèvre inférieure.

Ce fait semblerait montrer l'influence étiologique du tabac, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Le genre de vie peut favoriser le développement d'un épithelioma labial, et il est remarquable que les femmes sont en général indemnes des irritations diverses des lèvres auxquelles sont exposés les hommes (tabac, liqueurs).

On ne peut expliquer encore le pourquoi de cette différence entre les deux sexes, et on en est réduit à émettre des hypothèses dont il est préférable de se garder.

Ce sont principalement les gens âgés qui sont atteints de cancer à la lèvre.

Les malades jeunes sont très rares, il existe cependant quelques observations concernant des sujets encore adolescents. Gangolphe a eu l'occasion d'intervenir chez un patient de 14 ans, et le professeur Tripier a eu un cas semblable dans son service.

Sur les 100 malades dont j'analyse ici les observations, je constate que :

22	sont	âgés de	70	à 80	ans
37	»		68	» 70	»
28	»		50	» 60	»
8	»		40	» 50	»
5	»		30	» 40	»

Le plus jeune avait 30 ans.

La fréquence est plus grande entre 60 et 70 ans, elle augmente de l'adolescence jusqu'à cet âge, puis diminue progressivement depuis 70 ans. Je suis sur ce point sensiblement d'accord avec Fricke qui admet un âge moyen de 60 ans. Loos avance que la disposition croit jusqu'à un âge avancé.

En ce qui concerne l'hérédité, les auteurs sont en général d'accord pour admettre qu'elle joue ici un rôle moins grand que dans d'autres affections cancéreuses.

Fricke, dans son travail qui représente les données fournies par 1338 cas de Koch, Wömer, Maiweg, Regulski, plus de 137 cas de la clinique de Göttingen, n'en trouve que 28 à citer dans lesquels l'hérédité peut être établie, et encore fait-il remarquer que la plupart des données qu'il avance sont incertaines.

Pour mon compte, sur ces 100 cas, je n'en trouve que 4 ou l'hérédité entre en jeu, 3 où le père fut atteint de cancer de la lèvre et un où la mère succomba à un cancer de l'œsophage. Heurtaux cite dans sa thèse 11 cas d'hérédité avérés.

Il faut toutefois remarquer que l'absence d'hérédité constatée ne suffit pas toujours à éliminer ce

facteur. Il faut compter avec le manque de mémoire de gens le plus souvent âgés et sur le fait que les cancers du tractus digestif, qu'on opère si souvent maintenant, étaient autrefois perdus pour la statistique, puisque ni l'autopsie, ni l'opération à ciel ouvert, ne venaient démontrer leur existence d'une façon absolue. Il est par conséquent un certain nombre de malades qui répondent négativement à la question d'antécédents néoplastiques chez leurs ascendants, alors que ceux-ci ont certainement pu succomber à un cancer du tractus digestif.

On ne connaît pas de profession favorisant particulièrement le développement de cette affection. Cependant celle des gaveurs de volailles est chargée. Volkmann a démontré que les produits de combustion qui se dégagent dans la préparation de la paraffine, exercent sur les lèvres une action irritante qui favorise l'éclosion du cancer.

On admet généralement que les campagnards sont les plus exposés.

Loos et Janowsky ne peuvent prouver cette affirmation par des chiffres. Fricke écrit que 75 % des patients sont occupés aux soins du bétail ou à la culture. Les auteurs français partagent cette opinion.

Je ne puis me prononcer sur la question, faute de points de comparaison suffisants, la clientèle de la clinique chirurgicale de Berne se recrutant principalement parmi les agriculteurs et les habitants des campagnes.

Les rhagades, les excoriations des lèvres étant surtout la conséquence de l'action des intempéries, il

est tout naturel de les rencontrer plus fréquemment chez les ouvriers de la campagne que chez ceux des villes. Or ces lésions labiales favorisent l'éclosion du cancroïde.

Le cancer des lèvres, rare en Norwège et en Prusse, l'est également en Suède d'après M. Rossander, chirurgien de l'hôpital de Stockholm.

De 1850 à 1859, sur 2,200 opérations, il ne se trouve que 10 épitheliomas labiaux. Fréquent en Angleterre et surtout en France, particulièrement dans les départements du centre, il est d'après Lortet très rare en Asie mineure et dans l'Europe orientale. Il est inconnu en Afrique, les nègres en sont indemnes.

Ceci prouve l'influence du climat.

Irritations diverses. — Il convient de signaler le manque de soins de la bouche et la malpropreté.

Le carcinome des lèvres est, toutes proportions gardées, plus fréquent dans les classes ouvrières que dans les classes aisées.

Nombre de personnes atteintes d'affections herpétiques ou autres bobos des lèvres les irritent par des attouchements et souvent les grattent. Il se produit des excoriations qui peuvent dégénerer. Certaines gens ont la mauvaise habitude de se dépouiller le bord des lèvres avec les dents.

La carie, surtout lorsqu'il s'agit de la canine supérieure, peut déterminer le cancer par traumatisme répété.

L'usage du tabac et de la pipe a-t-il quelque importance ?

Bouisson a essayé de démontrer qu'il y a corrélation étroite entre l'usage du tabac et la fréquence du cancer de la lèvre. De nombreux témoignages renforcent cette opinion, ce qui lui a valu le nom de « Cancer des fumeurs ».

Cependant, Velpeau, Malgaique, Bardeleben, V. Bruns, Fricke et Loos, s'élèvent contre cette manière de voir.

Il ne se trouve que 51 fumeurs parmi mes 100 malades. Le plus grand nombre fumeurs de pipe.

Parmi les auteurs ce sont les français qui attribuent la plus grande influence étiologique au tabac.

Ils en donnent pour preuve le fait que depuis 1830, date de généralisation du tabac à fumer, la fréquence des cancers labiaux a rapidement augmenté. En effet, rare avant notre époque, cette affection n'était pas alors notée comme prédominante relativement aux cancers des autres régions, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Le tabac détermine la leucoplasie buccale, laquelle prédispose à la dégénérescence cancéreuse.

Les fumeurs de pipe sont plus exposés que les autres, parce qu'à l'influence irritante du tabac vient encore s'ajouter le double traumatisme dû à la pression et à la chaleur du tuyau.

Les pipes de terre sont à cet égard plus dangereuses que les autres, et il est intéressant de constater que c'est en France où l'usage de la pipe de

terre est le plus répandu, qu'on observe le plus de cancroïdes labiaux.

Il faut toujours demander au malade s'il a l'habitude de garder sa pipe aux dents en travaillant, ou de la tenir à la main, et si le côté siège de la lésion est celui où repose habituellement le tuyau de la pipe.

A cet égard, les observations me fournissent les données suivantes :

Sur les 51 fumeurs observés, 27 tenaient habituellement leur pipe du côté malade, et 10 du côté opposé.

L'usure des dents par le tuyau constitue une source d'irritation. Les classes inférieures qui par manque d'hygiène ne neutralisent pas les effets locaux de la combustion du tabac, présentent des cancers de la lèvre à un âge moins avancé que les autres. (1)

Mais la pipe et le tabac n'expliquent pas tout, comme le prouvent les faits énoncés plus haut et comme il ressort de cette constatation que dans les régions où les femmes fument la pipe, comme en Bretagne et dans certaines régions de la Suisse, le cancer des lèvres ne se manifeste pas avec une fréquence plus grande dans le sexe féminin.

Ajoutons que le nombre de cancers de la lèvre est relativement faible en comparaison du nombre considérable de fumeurs.

---

(1). Dupré, loc. cit.

Il ressort de l'ensemble des faits que le tabac a une influence réelle sur le développement du cancroïde, mais qu'elle est moindre que celle admise par beaucoups d'auteurs.

La contagion n'est encore qu'hypothétique et on ne possède qu'un petit nombre de faits probants. Maiweg, rapporte qu'une femme qui se trouvait à la clinique pour être opérée, perdit en même temps son mari d'un cancer de l'estomac.

Je puis relever dans les observations que j'ai à ma disposition quelques cas où la contagion et l'infection peuvent être mis en cause :

1) V. Ulysse, 56 ans, caissier, entre à l'hôpital de l'Isle le 24 juin 1897. Il dit avoir bu dans le verre d'un camarade. Celui-ci était porteur d'une affection croûteuse de la lèvre, à laquelle succéda une petite tumeur. Peu de temps après ce contact suspect, environ 9 mois avant son entrée à l'hôpital, V. remarqua qu'il portait une rhagade à la lèvre qui ne se cicatrisa pas, malgré l'usage de médicaments. Il reçut ensuite un coup sur la bouche, saigna d'une façon abondante. Peu de temps après la lèvre s'indura et un cancroïde apparut en ce point.

2) B. Johann, 65 ans, entre le 27. XI. 79. Cancroïde de la lèvre inférieure. Il prétend que son affection provient du fait d'avoir fumé un bout de cigarre ramassé dans la rue.

3) J. Ulrich, 78 ans, entre le 21. VI. 77. Cancroïde de la lèvre inférieure. Ayant bu dans le verre d'un camarade, il souffre 8 à 14 jours d'une rhagade à la lèvre.

4) S. Christian, 65 ans. Entre le 6. I. 76. Le patient fuma la pipe d'un ami, 3 à 4 semaines après rhagade au côté gauche de la lèvre, violentes douleurs, dégénérescence carcinomateuse.

5) G. Jakob, 53 ans. Entre le 18. XII. 79. Le malade remarqua en automne 1877, après avoir bu dans un verre sale, une petite ulcération de la lèvre recouverte de croûtes qui se reformaient à mesure qu'il les enlevait. Le médecin consulté diagnostiqua un carcinome.

Ces 5 cas me paraissent plaider en faveur de la contagiosité possible du cancroïde.

Mais une réserve prudente est de rigueur dans l'interprétation de ces cas, puisqu'on a soutenu que le cancer peut se greffer sur une affection syphilitique.

Les auteurs français décrivent en effet des « *hybridités syphilitico-cancéreuses* ».

Or, il est parfaitement possible que dans les 5 cas précités, l'on ait tout simplement à faire à des manifestations primaires de la syphilis, terrains sur lesquels se seraient greffés du carcinome.

Le cas n° 1 est intéressant, en ce sens que le traumatisme explique suffisamment le développement de la tumeur maligne.

Tous les malades ont observé le développement de l'affection, dans un temps qui coïncide avec la période d'incubation d'un chancre.

Mais il est bon de remarquer qu'aucun symptôme de syphilis n'est apparu par la suite et que rien dans les observations prises ne vient justifier cette hypothèse.

De même que l'épithelioma peut se greffer sur une affection syphilitique, il peut aussi se développer aux limites d'une cicatrice de lupus ou sur elle-même.

Le traumatisme joue un rôle très important dans l'étiologie du cancer de la lèvre.

Le docteur Carl Löwenthal étudie 42 cas de carcinome de la lèvre inférieure (dont 39 hommes et 3 femmes), où le traumatisme est mis en évidence comme facteur étiologique, ces traumatismes sont variés :

Le plus souvent ce sont coupures par le rasoir, blessures par le tuyau de pipe, coups de pied de cheval, coups de corne de vache, morsures de chiens, blessures par brosses à dents, blessures lors d'extractions dentaires, brûlures de la lèvre, coups de griffe de chats, etc

J'ai pu relever dans les observations 19 cas de traumatisme également variés :

Ainsi un jardinier met son affection sur le compte du fait suivant : Il a toujours tenu à la bouche, en travaillant, les osiers qu'il employait comme liens. Un autre malade pense qu'il a toujours mangé trop chaud à midi, n'ayant que peu de temps pour déjeuner. Un autre invoque une piqûre de mouche.

La tumeur n'est souvent apparue que longtemps après le traumatisme, au niveau d'une cicatrice, ou bien la cicatrisation ne s'est pas faite et il est resté une excoriation qui a dégénéré.

Anatomie pathologique

La muqueuse qui tapisse la face profonde de la lèvre n'est qu'exceptionnellement le point de départ du cancer.

Dans la grande majorité des cas, c'est au niveau du bord cutaneo-muqueux que l'affection se développe. En 1844, Ecker, puis Lebert et Mayor différenciaient l'épithelioma labial du véritable cancer, l'on sait aujourd'hui qu'il n'y a pas de différence essentielle entre ces deux affections.

Microscopiquement le cancroïde de la lèvre se présente toujours comme épithelioma lobulé, corné, muqueux ou même mélanique : c'est l'épithelioma pavimenteux du bord libre cutaneo-muqueux.

Il est intermédiaire au cancer cutané, d'ordinaire bénin, et à celui de la langue beaucoup plus malin.

On distingue deux formes : une forme superficielle et une forme profonde appelée aussi dermique. La première prend naissance au sommet des papilles et s'accompagne d'hypertrophie papillaire. La seconde naît au niveau des espaces interpapillaires et a tendance à diffuser dans la profondeur.

La tumeur s'étend d'abord en surface, c'est du moins la forme habituelle, puis envahit les parties profondes. Tant que l'infiltration ne dépasse pas le derme, l'affection marche avec lenteur, puis elle se propage suivant les interstices musculaires.

Les limites histologiques de la tumeur sont toujours

indécises, au microscope on constate des traînées irrégulières dans tous les sens.

Le néoplasme gagne ensuite la gencive et le périoste du maxillaire, les éléments épitéliaux pénètrent par les lymphatiques dans l'intérieur même de l'os en suivant le tissu conjonctif qui entoure la gaîne vasculo-nerveuse et envahissent le canal dentaire.

Les ganglions s'engorgent de bonne heure, ce fait banal aujourd'hui fut longtemps méconnu ou considéré comme exceptionnel, la maladie était réputée purement locale.

En 1846, Lebert tenait pour rare l'infection ganglionnaire, ne l'ayant observée que 6 fois sur 90, tandis que je la rencontre 84 fois dans mes 100 cas.

Duplay et Reclus écrivent que l'engorgement ganglionnaire est rare avant le 5e mois ; Loos lui attribue une échéance de 3 à 6 mois après le début de l'affection, Janewsky de 2 à 3 mois. Fricke dit que les ganglions peuvent se prendre dès que la tumeur a atteint la grosseur d'une noisette. Dans les 84 cas de ma statistique j'en relève trois où la participation ganglionnaire bilatérale s'est manifestée : une fois à 6 semaines et deux fois à 2 mois.

Chez mes 16 malades exempts d'adénopathie, je trouve un cas datant de 4 ans, un de 3 ans et un de deux ans, la tumeur des 13 autres date en moyenne de 6 mois.

Gussenbauer, sur 32 cas opérés de 6 mois à 2 ans après le début de l'affection, n'en trouve que 3 faisant peut-être exception à la règle.

Ce sont ordinairement les ganglions qui reçoivent

les lymphatiques de la région qui sont les premiers envahis. Le Dentu et Delbet donnent comme exceptionnelle l'infection de ganglions éloignés. Houel cite un cas où tout le chapelet ganglionnaire du cou et même celui qui pénètre dans la poitrine étaient profondément envahis par l'altération épithéliale survenue à la suite d'un cancer de la lèvre.

Les lymphatiques de la partie moyenne de la lèvre se rendent aux ganglions sus-hyoidiens, ceux des parties latérales aux ganglions sous-maxillaires.

Voici des détails empruntés aux travaux des docteurs Dorendorf et Stieda : Il faut considérer en premier lieu les ganglions siégeant dans la fosse sous-maxillaire, dans l'espace triangulaire, limité par le maxillaire inférieur et les deux ventres du digastrique, ces ganglions se trouvent dans la règle à trois places parfaitement déterminées. Le moyen est en rapport avec l'artère faciale, il est situé entre le bord inférieur du maxillaire inférieur et la glande sous-maxillaire. Le ganglion antérieur qui est le plus petit, se trouve au bord latéral du ventre antérieur du digastrique, au devant, du milo-hypïdien, à côté des vaisseaux sous-mentaux, il est plus éloigné du maxilaire que le moyen.

Le ganglion postérieur est dans le même cas, il est situé à la partie postérieure de la glande sous-maxillaire. Mais il peut y avoir un nombre plus grand de ganglions.

Les ganglions sous-mentaux sont également importants, ils sont représentés par toutes les glandes qui se trouvent entre le menton et l'os hyoïde, entre les

ventres antérieurs des digastriques, ils sont généralement au nombre de deux ou trois.

Les voies lymphatiques de la lèvre supérieure se rendent non seulement aux ganglions précités, mais encore aux ganglions cervicaux superficiels, au nombre de quatre à six, disséminés sur la face externe du sterno-cleido-mastoïdien, le long du bord postérieur de ce muscle et dans la partie inférieure du triangle sus-claviculaire.

Ils sont groupés autour de la veine jugulaire externe et sont recouverts par l'aponévrose cervicale superficielle et le peaucier.

Les ganglions cervicaux profonds appartiennent aussi au réseau lymphatique des lèvres. Ils sont beaucoup plus nombreux que les précédents ; placés au-dessous du muscle sterno-cleido-mastoïdien sur les faces latérales du pharynx et de l'œsophage, ils forment le long de la veine jugulaire interne une chaîne ininterrompue qui occupe toute la hauteur du cou.

Les ganglions lymphatiques de la région parotidienne entrent aussi en ligne de compte.

Les vaisseaux lymphatiques des gencives, du périoste du maxillaire et ceux des régions du visage voisine des lèvres se rendent également à tous les ganglions précités.

La lymphe est conduite aux ganglions par des vaisseaux lymphatiques sous-muqueux et par des vaisseaux lymphatiques sous-cutanés de moindre importance. Les premiers se rendent aux ganglions situés du même côté, tandis que les seconds en su-

subissant des anastomoses et des entrecroisements se rendent aux deux côtés.

Dorendorf trouva de plus que les lymphatiques sous-cutanés mettent en relation le régime lymphatique des lèvres avec les ganglions cervicaux profonds et qu'il existe des vaisseaux mettant en rapport les lèvres et les gencives avec le canal dentaire.

Dans mes 84 cas d'adénopathie carcinomateuse, je trouve 51 fois les ganglions pris d'un seul côté et 33 fois des deux côtés.

Comme complication de l'une ou de l'autre de ces deux catégories, je trouve 10 fois les sous-mentaux, 6 fois les cervicaux superficiels, 1 fois les cervicaux profonds et 1 fois les parotidiens envahis. Les adénopathies sous-mentales appartenaient généralement à des carcinomes médians.

Les ganglions peuvent être pris sans que la palpation décèle leur état pathologique et quelquefois leur dégénérescence ne s'est révélée qu'à l'opération.

J'ai cru devoir insister sur ces considérations anatomiques parce que je partage l'opinion de Stieda qui est celle-ci : Le seul mais réel progrès réalisé dans ces derniers temps dans le traitement du carcinome réside dans l'extirpation systématique et totale des ganglions lymphatiques tributaires de la région intéressée.

Symptômes

Le cancer de la lèvre est presque toujours latéral, il débute au niveau du bord cutaneo-muqueux par

une excoriation, une petite induration, une verrue.

Dans les 100 observations dont je dispose, le carcinome siège 27 fois à droite, 49 fois à gauche et 24 fois sur la ligne médiane.

Cela ne coïncide pas avec les résultats de Fricke qui en additionnant ses résultats à ceux de Koch, Wörner et Maiweg, trouve sur 563 cas, 215 carcinomes droits, 153 médians et 195 gauches. Cette différence peut provenir du fait que les derniers résultats sont fournis par la constatation du siège de la tumeur à la période d'état, tandis que je me suis efforcé de rechercher le siège de début de l'affection.

Le début a été constaté par les malades le plus souvent sous les dénominations de vésicule (19 fois), d'excoriation (15 fois), de fissures (11 fois), de verrue (24 fois), d'induration (8 fois), de plaques superficielles se desquamant (3 fois), de nævus congénital (1 fois), dans un certain nombre de cas, le début n'est pas exactement défini, parce que le malade ne se le rappelait pas exactement.

Le malade a maintes fois désigné d'une façon positive qu'il s'agissait d'une affection vésiculeuse transparente accompagnée de fièvre, de malaise général qui fait songer à l'herpès fébrile.

Le cancroïde peut-il réellement se greffer sur la lésion produite par une affection aussi bénigne ?

Il faut ajouter que les malades avouent fréquemment avoir irrité l'érosion primitive par le grattage et par l'enlèvement répété des croûtes.

Les dénominations d'excoriation, de fissure em-

ployés par les malades n'expriment souvent que des stades de la maladie, car il arrive souvent que l'affection débute par une petite plaque blanchâtre légèrement translucide, formée par un épaississement de l'épiderme ; peu à peu la base sur laquelle repose cette plaque s'indure et se vascularise, la lamelle en se détachant laisse à nu une ulcération sanguinolente. Si cette plaque échappe à l'attention du malade, il ne nous signalera comme début de l'affection qu'une ulcération ou une fissure. Ces plaques sont des plaques leucoplasiques, qu'il est difficile d'enregistrer dans les observations, les malades nous arrivant toujours un certain temps après le début de l'affection. Les 19 cas que nous signalons sous la dénomination de vesicules ne doivent pas tous être des herpès et doivent en grande partie être des plaques opalines ; il y a cependant quelques cas incontestables d'herpès, puisque quelques malades étaient facilement sujet à cette affection.

Il existe encore un autre mode de développement du cancroïde, c'est la verrue qui peut aller de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un petit pois, d'une couleur grisâtre, revêtue d'une couche épaisse d'épiderme, à surface irrégulière, de consistance dure. Elle procure des démangeaisons et le malade l'irrite constamment par des attouchements.

Quel que soit le mode de développement, le néoplasme aboutit à une ulcération qui caractérise la période d'état de la maladie.

Cette ulcération repose sur une base indurée et violacée, elle présente des bords surélevés, durs et

taillés à pic. La surface de l'ulcération est irrégulière, le fond est recouvert par une croûte de pus et de sang désséchés, brunâtre sur la partie exposée à l'air, tandis que celle qui est en contat avec la salive montre des saillies bourgeonnantes séparées par des dépressions. Le tissu saigne facilement par le grattage.

La dureté du cancroïde est spéciale, on peut parfois, comme le fait remarquer Dugué dans sa thèse de doctorat, sentir en palpant la lèvre un petit boyau dur partant de la tumeur et s'enfonçant dans le tissu labial.

Pendant longtemps, les douleurs spontanées sont faibles ou nulles, sauf au contact des corps solides et des substances irritantes, elles ne deviennent intenses que lorsqu'il y a propagation de l'affection au maxillaire inférieur et que les masses néoplastiques pénètrent dans le canal dentaire. Elles occasionnent alors des névralgies intolérables.

A cette période, l'état général est encore assez bon, ce n'est que plus tard qu'arrive l'amaigrissement, au contraire du cancer de la langue qui produit une cachexie précoce.

La tumeur s'accroît petit à petit et d'autant plus vite qu'elle siège plus près de la commissure labiale ; elle se propage dans tous les sens et plus particulièrement du côté de la muqueuse buccale. Elle peut même atteindre la langue.

C'est à ce moment que la préhension des aliments, la succion, les paroles même sont entravées et que la salive n'étant plus retenue dans la bouche, s'écoule constamment au dehors.

Les téguments, les lèvres et le menton présentent une coloration violacée et au palper une rigidité spéciale.

Le maxillaire inférieur est fréquemment envahi de bonne heure, 3 mois après le début de l'affection, en général dans un espace de temps qui varie entre 6 et 9 mois. Nous possédons dans les observations 10 cas de propagation au maxillaire à des degrés divers, ce qui est relativement peu, mais s'explique par le fait que les malades ont en général consulté sans trop tarder. On observe parfois la fracture spontanée du maxillaire.

Nous avons déjà parlé au chapitre de l'anatomie pathologique de la métastase ganglionnaire.

C'est à cette période qu'apparaissent les symptômes généraux : le malade affaibli par une alimentation insuffisante, rendue souvent très difficile, empoisonné par les toxines qu'il résorbe au niveau de la surface ulcérée, peut-être aussi par celle de l'agent encore hypothétique du cancer, épuisé par des hémorrhagies répétées, dépérit de jour en jour. Il maigrit et sa peau prend la coloration caractéristique de la cachexie cancéreuse.

Les généralisations viscérales sont rares, il peut cependant se développer des cancers secondaires de l'œsophage et de l'estomac, non par la circulation, mais par le mécanisme des greffes résultant de l'ingestion de débris cancéreux.

Bergmann a observé une greffe sur la lèvre opposée, au point de contact avec l'épithélium ulcéré.

Il est rare toutefois que le malade atteigne cette

période, car il succombe d'ordinaire à une affection intercurrente.

Diagnostic

Il est ici spécialement important d'établir de bonne heure un diagnostic précis, car la vie du malade en dépend.

Or, en maintes occasions le diagnostic de cancroïde de la lèvre n'est pas aisé à poser, surtout lorsque le malade se présente au début de l'affection.

La possibilité d'un cancroïde ne se présente guère à l'esprit du médecin, à la vue de la plaque de leucoplasie, d'une petite verrue ou d'une simple rhagade. Il est en conséquence de bonne règle de tenir comme suspecte toute espèce de manifestation pathologique des lèvres, surtout lorsqu'il s'agit de gens âgés.

Au cas où un diagnostic différentiel serré ne viendrait pas éclaircir la situation, il est préférable de garder l'expectative et de ne pas intervenir par des cautérisations au nitrate d'argent ou autres caustiques. Ces manœuvres n'ont pour effet que d'aggraver la marche de l'affection et de faire perdre un temps précieux.

L'induration est un signe très important qu'il faut rechercher avec soin.

Elle n'est pas pathognomonique, mais dès qu'elle existe, elle limite le diagnostic.

A la période d'état le diagnostic est plus facile : La tumeur est surelevée, à bords durs, à surface ul-

cérée, les ganglions s'engorgent, le malade a atteint l'âge moyen de la vie.

Le diagnostic différentiel se posera avec les affections suivantes :

Gerçures et érosions simples peuvent simuler le cancroïde au début, mais leur siège ne correspond en général pas à celui du cancroïde. Elles sont plutôt médianes, les sujets atteints sont jeunes, elles cèdent à un traitement simple.

Fibromes et lipomes se rencontrent rarement aux lèvres, ne s'ulcèrent pas et présentent des caractères spéciaux qui permettent le diagnostic.

L'adénome des glandes labiales peut être la cause d'erreurs. La lèvre gonfle sur la face muqueuse par le développement de la tumeur, la surface s'ulcère et si les bords s'indurent, le tout peut simuler un cancer. Mais l'anamnèse (mode de développement), la place que la tumeur a occupé (rapprochée de la surface muqueuse), l'indolence jusqu'au moment où a débuté l'ulcération, viennent en aide au diagnostic. L'engorgement ganglionnaire n'a jamais lieu même lorsque la tumeur est ancienne.

Les tumeurs érectiles, en s'ulcérant, peuvent offrir quelques difficultés de diagnostic. Les capillaires de la périphérie sont dilatés, la tumeur saigne très facilement, l'état général est intègre.

Le sarcome, rare comme manifestation primaire, a une consistance plus molle et une marche plus lente.

Le lupus occupe surtout la lèvre supérieure, est serpigineux, présente des parties cicatricielles et tout autour des noyaux non encore ulcérés.

Les ulcérations tuberculeuses sont dès le début très douloureuses et se rencontrent chez des tuberculeux. Elles se présentent rarement localisées à la lèvre, la face interne des joues, la langue et le pharynx sont également atteints.

Elles sont représentées par des points jaunâtres à bords irréguliers. L'ulcération est peu profonde, elle ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-muqueux. Le fond de l'ulcère est grisâtre, le grattage met à nu une surface inégale et bourgeonnante. A la périphérie, la muqueuse présente une teinte violet pourpre sur laquelle se détachent une certaine quantité de petits points jaunâtres qui font quelquefois défaut.

Les ganglions suppurent bientôt.

Les ulcérations mercurielles s'accompagnent de goût métallique, de fétidité de l'haleine, de sialorrhée, de gonflement de la langue et d'ébranlement des dents. Elles siègent à la face postérieure des lèvres.

C'est avec la syphilis que le diagnostic différentiel présente le plus de difficulté, à la période tertiaire, le diagnostic n'est pas très difficile, le syphilome diffus est caractéristique, il y a disproportion entre l'induration et la grandeur de l'ulcération.

Les gommes siègent de préférence à la lèvre supérieure et respectent le bord libre. Elles débutent d'une façon insidieuse sous forme de petites tumeurs qui s'ouvrent au dehors et laissent une ulcération profonde qui envahit rapidement les tissus voisins. Au pourtour de l'ulcère on voit une auréole rouge caractéristique, les bords sont déchiquetés et enflam-

més. Si on presse la base de la gomme on la sent dure, mais on ne délimite pas une tumeur sur laquelle repose l'ulcération comme pour le cancroïde. Les ganglions sont peu engorgés.

Les plaques muqueuses ont des bords réguliers, arrondis, non indurés, la muqueuse n'est pas déprimée mais fait saillie. C'est en somme une lésion plus superficielle.

Le chancre de la lèvre peut revêtir absolument les mêmes caractères que le cancroïde. L'induration manque cependant quelquefois ou est peu prononcée, lorsqu'elle existe elle est d'une résistance cartilagineuse. Elle a suivi l'ulcération au lieu de la précéder. L'ulcération est superficielle, sèche et présente parfois un aspect vernissé et vermeil ; elle est bombée à fonds plus saillants que les bords.

Le chancre excède rarement un centimètre de diamètre, mais peut s'élargir en se compliquant de phagedénisme. Exposé à l'air, au contact des liquides, il s'œdematie et simule dans ce cas le cancroïde. L'engorgement ganglionnaire est très rapide et considérable. Le chancre se développe un peu partout sur la lèvre, atteint de préférence des sujets jeunes et surtout des femmes.

La marche viendra dissiper les doutes. En tous cas la méprise est fréquente et il est bon de se tenir sur ses gardes.

Pronostic

Si l'on n'intervient pas le pronostic est des plus graves, puisque la mort survient fatalement, en

moyenne au bout de trois ans et demi selon les auteurs.

Si l'on intervient de bonne heure le pronostic est moins sombre, comme le prouvent les statistiques en général et les cas que je présente à la fin du travail.

Il ne faut pas être trop optimiste, malgré quelques opinions émises, celle de Bérard par exemple, qui soutient que l'envahissement des ganglions lymphatiques n'a lieu que très tard et que la tumeur ne récidive presque jamais après l'opération. Ceci à l'inverse de ce qu'à soutenu Billroth qui considère le cancer des lèvres comme récidivant toujours.

Loos en se basant sur le matériel de la clinique de v. Bruns dit : Les résections étendues du maxillaire inférieur sont absolument défavorables au point de vue pronostic — les opérations étendues et répétées ne donnent pas de résultats durables — le cancroïde de la lèvre inférieure récidive dans 33 % des cas, — les récidives locales furent depuis 1885 de 18 %, mais depuis cette époque elles se sont abaissées à 6 %.

Sur 100 récidives, la lèvre seule fut atteinte 35 fois, les glandes seules 41 fois, et les deux ensemble 22 fois. La récidive se montra, en général, après les 6 premiers mois et un dixième seulement après un laps de temps de plus de trois ans. Ne s'agissait-il pas pas alors de nouvelles tumeurs et non de récidives ?

Parmi les premières récidives 11,7 % des cas réopérés donnèrent des succès, tandis qu'en ce qui

concerne les deuxièmes récidives 1,1 % seulement furent favorables. Mais, même dans ces cas, la vie du malade fut prolongée. La statistique ne nous fournit pas encore de notions assez sûres pour juger de la question de l'extirpation systématique des glandes.

En tous cas le diagnostic histologique et positif de l'infection glandulaire est toujours à considérer comme défavorable au point de vue pronostic. — La mortalité opératoire fut de 6,2 % de 1843 à 1885 et de 0,4 % de 1885 à 1898. — Les résultats définitifs de l'intervention furent favorables dans 77,2 % et défavorables dans 22,8 % des cas.

Voici maintenant l'opinion de Janewski : — Les opérations du carcinome de la lèvre inférieure sont peu dangereuses et les conditions de cicatrisation si favorables que la guérison par première intention s'obtient généralement en 9 ou 15 jours.

Cet auteur ne considère pas la résection du maxillaire inférieur à un point de vue aussi sombre que Loos. Il admet que cette intervention et l'extirpation des ganglions peuvent amener une guérison radicale.

Dans les cas qu'il présente et dans lesquels les ganglions n'étaient pas palpables, les récidives se montrèrent aussi fréquemment après l'opération que dans les autres cas.

Il a obtenu de bons résultats dans 49 % des cas. Les récidives se montrèrent en général pendant les 6 premiers mois qui ont suivi l'opération et celles qui se manifestèrent après un ou deux ans sont exceptionnelles.

Les récidives se développèrent le plus souvent dans le voisinage de la cicatrice ou à la région sous-mentale.

La durée de la maladie influe moins sur le résultat opératoire que la malignité du processus. Des formes favorables et à croissance lente furent souvent opérées avec succès, même après plusieurs années.

L'âge avancé du malade n'est pas une contre-indication opératoire et les meilleurs résultats furent obtenus chez des personnes âgées de 60 à 70 ans.

Dans les cas ou la récidive a lieu plusieurs fois, il est possible de prolonger la vie du malade par une intervention, mais pour peu de temps seulement.

En ce qui concerne la durée de la maladie, les formes malignes à brève échéance représentent le 25 % des cas, le 15 % est relativement favorable et le reste appartient aux formes de transition.

Fricke écrit: la propagation de la tumeur au maxillaire inférieur exclut presque complétement la possibilité d'une guérison radicale. La participation ganglionnaire est nettement défavorable. Il en est de même des tumeurs étendues.

Le malade atteint de récidive a autant de chance d'en avoir une seconde que de guérir.

Il mourut de suites opératoires directes 6,5 % des patients, 32,5 % des cas récidivèrent, 67,5 % guérirent.

Les auteurs français admettent en moyenne que 87,6 % des récidives se manifestent dans la première

année, que si le pronostic est moins sombre que pour les autres cancers, l'insuccès est presque certain si la tumeur est diffuse et que les ganglions soient adhérents.

J'ai demandé aux malades :

1° Si la tumeur avait récidivé.

2° Si les ganglions étaient engorgés.

3° Si la cicatrice était belle.

4° S'ils pouvaient sans difficulté parler, manger et boire.

5° Si leur état général était bon.

Et voici ce que j'ai obtenu :

Je ne puis me baser sur les 100 observations que j'ai à ma disposition, puisque la difficulté d'avoir des renseignements précis sur le sort ultérieur de la totalité des opérés était trop grande.

Je n'ai reçu que 27 réponses probantes, sur les 43 opérés de 1885 à 1902.

Le détail des observations concernant ces 27 patients, ainsi que les résultats obtenus se trouvent à la fin du travail.

Sur les 27 opérés, 20 représentent des cas favorables. Ils ont été examinés au moins 1 an et au plus 17 ans après l'opération.

Le cas 14 est celui d'un malade mort 8 mois après l'opération de cause inconnue, sans récidive.

4 sont opérés depuis 1 an.
1 est opéré depuis 1 an et demi.
6 sont opérés depuis 2 ans.
1 est opéré depuis 3 ans.
1 est opéré depuis 3 ans et demi.

2 sont opérés depuis 4 ans.
1 est opéré depuis 4 ans et demi.
1 est opéré depuis 5 ans.
1 est opéré depuis 5 ans et demi.
1 est opéré depuis 15 ans et demi.
1 est opéré depuis 17 ans.

Le cas 11 est intéressant en ce sens que le patient fut déjà opéré il y a 8 ans et que lorsqu'il s'est présenté il y a 2 ans, il n'avait aucune récidive dans la cicatrice. Il ne s'agit pas ici d'une récidive, mais d'un second cancroïde siégeant du côté opposé existant déjà à l'époque de la première opération mais si petit encore qu'on n'y avait pas attaché d'importance et qu'on s'était contenté de la cautériser. A cet égard ce cas pourrait compter comme deux succès.

Et d'après les renseignements fournis par les auteurs qui précèdent, on peut admettre que la récidive est rare et même exceptionnelle après la première année.

Pour être dans le vrai il est peut être bon de forcer ce chiffre et de compter 1 an et demi.

En faisant de la sorte, je puis présenter 16 cas sur 27 qui sont des succès opératoires, et 4 cas probablement heureux. Donc 59,25 % de bons résultats. Cette relation représente une moyenne entre les auteurs précités (Loos 77,2 %, Janowsky 49 %, Fricke 67,5 %. On a, d'après ce chiffre, très peu de chance de plus de guérir que de récidiver et la proposition de Fricke ne s'applique pas seulement aux premières récidives, mais à la première intervention.

Dans deux de ces cas favorables, il s'agit de résec-

tion du maxillaire inférieur. Le cas 6 a été opéré depuis deux ans sans récidive aucune, le cas 11 présente la même particularité, mais je ne le donne que sous réserve parce que la malade, déjà opérée il y a 5 ans, ne remarqua une récidive dans la cicatrice que 3 ans après la première intervention.

Les 6 cas opérés sans succès concernent:

Le cas 17. Récidiva peu de temps après l'opération et fut réopéré ailleurs, — mort un an après d'une affection vésicale.

Le cas 18. Opéré par son médecin, réopéré à la clinique, subit une opération étendue, en 1897, excision de la tumeur, extirpation bilatérale des glandes, résection du maxillaire inférieur. Mort au courant de 1899 de récidive.

Le cas 20. La patiente est morte deux jours après l'opération.

Le cas 22. Le malade atteint de récidive est mort d'hémorrhagie 1 an après l'opération.

Le cas 24. Résection du maxillaire inférieur, mort 12 jours après l'opération de pneumonie.

Le cas 25. Résection du maxillaire. Mort 3 semaines après l'opération.

Je n'ai naturellement pas la prétention de tirer des conclusions définitives d'un si petit nombre de cas. Mais, le fait que la moyenne de 59,25 % de résultats favorables se trouve à mi-chemin de deux opinions extrêmes et basées sur un grand nombre de cas me semble indiquer qu'il y a passablement de vérité dans ce chiffre.

Je puis également dire que la participation du

maxillaire inférieur n'est pas une contre-indication opératoire, quoiqu'elle assombrisse le pronostic, puisque sur 5 cas deux sont favorables et trois défavorables.

On ne peut pas plus affirmer pour cette intervention que la guérison radicale sera ou ne sera pas, que pour les extirpations simples de cancer de la lèvre. Et du reste pourquoi priver un malade qui est fatalement perdu, d'une chance de salut ? En tous cas, on améliore la triste situation du malade (si l'état général n'est pas encore trop mauvais) comme le montre le cas 18 où le patient a survécu deux ans à l'opération.

Le fait que les ganglions lymphatiques sont infectés aggrave moins l'affection qu'on pourrait le croire, puisque sur nos 20 cas favorables, les ganglions, engorgés, durent être enlevés 11 fois.

Trois malades sur ces 27 sont morts des suites directes de l'opération.

Il résulte de tout cela que le cancer de la lèvre est une affection grave, dont on peut, en moyenne, diminuer la malignité d'un peu plus de la moitié environ par une intervention précoce et large. Le pronostic reste donc toujours réservé.

Traitement

Le traitement découle tout naturellement de ce qui vient d'être dit : Intervention large et précoce, consistant dans l'extirpation du néoplasme, des ganglions

lymphatiques et de l'os lui-même le cas échéant. Mieux vaut enlever quelques glandes de plus, fussent-elles saines, que d'en laisser une seule malade.

Quant au procédé à employer, il variera suivant les cas et ne relève que de l'expérience du chirurgien.

Avec les moyens actuels d'anesthésie locale et la compression digitale, on satisfait la plupart du temps à prévenir la douleur et la perte de sang.

L'anesthésie générale trouve son indication dès que l'extirpation des glandes est nécessaire. Il est clair que le côté esthétique, puisqu'il s'agit de la face, doit être pris en sérieuse considération. On fera, s'il y a lieu, une opération plastique et on obtiendra parfois un résultat inespéré. Mon travail n'étant pas un travail de médecine opératoire, je laisse de côté tout ce qui concerne ce sujet qui peut faire à lui seul l'objet d'un mémoire.

Il est cependant des cas qui échappent à toute intervention. Un chirurgien prudent se gardera de toucher aux malades dont l'état général est déjà compromis, comme aussi à ceux qui présentent un néoplasme par trop étendu. Les ressources de la médecine seront alors les seules auxquelles on pourra raisonnablement avoir recours. La cavité buccale sera désinfectée fréquemment, on prescrira l'arsenic et l'iodure de potassium qui peuvent avoir une action favorable sur certaines tumeurs malignes. La cautérisation ignée trouvera parfois son emploi dans les cas d'hémorrhagie ou de développement par trop exubérant de la tumeur.

OBSERVATION I

J. H. 71 ans, fromager. Entre à l'hôpital le 20 janvier 1902.

La tumeur date du mois de juin 1900. Il y a 2 ans $^1/_2$ le patient glissa dans la rue et tomba contre le bord du trottoir, il se blessa à la lèvre, saigna fortement. 6 mois plus tard apparut à la place de la lésion un nodule très dur que le malade irrita fréquemment avec les ongles.

Il utilisa différentes pommades, mais sans résultat.

Il ne souffre pas de son affection. Au point de vue héréditaire rien de particulier à signaler.

Le patient, fumeur de pipe l'a toujours tenue dans l'angle gauche de la bouche.

Au côté droit de la lèvre inférieure, néoplasme dur, de surface irrégulière, ulcéré, nettement délimité de tous côtés, sans phénomènes inflammatoires. Dans le fond de l'ulcération on voit des bourgeons saillants séparés par des dépressions. A l'angle extérieur de la tumeur, la peau est rougeâtre et les vaisseaux sont dilatés. Les ganglions sous-maxillaires droits sont engorgés, mobiles.

Opération le 27 janvier 1902. 1° Evidement de la fosse sous-maxillaire droite ; 2° Excision du carcinome en V.

Le malade quitte l'hôpital le 11 février 1902. Tout est en ordre. Il me fait savoir à la fin de décembre 1902 qu'il se considère comme parfaitement guéri.

OBSERVATION II

K. Fritz, 59 ans. Employé de chemin de fer. Entre le 10 février 1902.

La tumeur débuta il y a 6 mois par une petite ulcération qui augmenta progressivement de volume, elle n'a jamais occasionné de douleurs. Un spécialiste pour les maladies de la peau prescrivit une pommade qui n'eut aucun effet. Le patient, grand fumeur de cigares, n'a aucun antécédent héréditaire néoplasique.

L'état général du patient est bon. Carcinome de la lèvre inférieure avec ganglions engorgés bilatéralement et mobiles.

Opération le 21 février 1902. 1° Evidement des deux fos-

ses sous-maxillaires ; 2° Excision du carcinome. Le patient quitte l'hôpital le 2 mars 1902.

Son médecin m'écrit le 2 janvier 1903 que tout va bien.

OBSERVATION III

Ulrich K, 63 ans, ouvrier de campagne. Entre le 19 janvier 1902.

Il remarqua au commencement de décembre passé une vésicule de la lèvre inférieure, accompagnée de fièvre. Le vésicule se transforma en une ulcération non douloureuse qui augmenta progressivement de volume et finit par gêner le malade en mangeant. Le médecin consulté cautérisa l'ulcère pendant 6 semaines avec du nitrate d'argent, mais sans résultat. Le malade a l'habitude de tenir sa pipe au milieu des lèvres. Il a eu, encore enfant, le typhus et une scarlatine qui se compliqua d'otite moyenne, à l'âge de 24 ans une pneumonie. Rien d'héréditaire.

A 1 centimètre de l'angle droit de la bouche on constate une tumeur plate, s'étendant jusqu'à la ligne médiane. La surface en est dure, ulcérée, les bords taillés à pic, la pression est douloureuse. Une glande sous-mentale est engorgée, ainsi qu'une glande siégeant au bord du sterno-cleido-mastoïdien droit, à la hauteur du larynx, toutes deux mobiles.

Opération le 24 mai 1902. Anesthésie locale (cocaïne). Excision du néoplasme en V.

Le patient ne présente en janvier 1903 aucune récidive. Les ganglions sont toujours dans le même état.

OBSERVATION IV

B. Johann, 73 ans, agriculteur. Entre le 12 mai 1902.

Le patient eût en 1866 une grave affection oculaire, ne fut cependant jamais alité. L'affection actuelle se manifesta il y a un an et demi par une vésicule au côté droit de la lèvre inférieure qui laissa une petite ulcération. Celle-ci ne commença à s'étendre que depuis 14 jours, sans cause. Le malade n'a jamais gardé sa pipe à la bouche en travaillant, il l'a tenue au côté gauche. Rien d'héréditaire.

Au côté droit de la lèvre inférieure, tumeur ulcérée à bords durs, couverte de croûtes, de 3 centimètres de longueur en-

viron. Ganglions sous-maxillaires droits, engorgés, mobiles.

Opération le 24 mai 1902. Anesthésie locale (cocaïne). Circoncision de la tumeur. Plastique.

Le patient quitte l'hôpital le 13 juin 1902. Il écrit au courant de janvier 1903 qu'il est très satisfait du résultat de l'opération, qu'aucune récidive ne s'est montrée et que les ganglions en sont toujours au même point.

OBSERVATION V

M. Célestin, 67 ans, agriculteur. Entre le 22 mars 1901. Fumeur de pipes tenues du côté de la lésion et pendant le travail. Se blessa à la lèvre en septembre passé. La blessure ne se cicatrisa pas et augmenta de volume progressivement sans douleur. Le patient a toujours été bien portant et ne présente rien d'héréditaire.

A la distance d'un centimètre de l'angle droit de la bouche se trouve une tumeur ulcérée recouverte de croûtes de la dimension d'une pièce de dix centimes, de consistance dure, nettement délimitée. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Opération le 2 avril 1901. 1° Extirpation des ganglions sous-maxillaires droits et de la glande salivaire, des ganglions parotidiens et des cervicaux profonds, jusqu'à l'insertion sterno-cleido-mastoidien, tous mobiles. 2° Excision cunéiforme de la tumeur. Le malade quitte l'hôpital le 6 avril 1901, la réunion s'est effectuée par première intention.

Le fils du patient m'écrit le 2 janvier 1903 que son père va parfaitement bien et adresse ses plus vifs remerciements.

OBSERVATION VI

R. Jacob, 69 ans, ouvrier de campagne. Entre le 11 février 1901.

Fut toujours bien portant jusqu'en juin 1900. Remarqua à cette époque, à la suite d'une piqûre de mouche, une petite vésicule au côté droit de la lèvre inférieure. Le malade l'irrita avec les ongles, sans y prêter d'autre attention, et l'affection s'agrandit. Il se forma tout à côté une seconde vésicule plus dure que la première, indolore. En août la croissance devint plus rapide. R. employa différentes pommades, mais sans résultat. Il n'est pas amaigri, son état

général est bon, il ne fume pas. A l'âge de huit ans, il eut un typhus. Rien à signaler au point de vue héréditaire.

Tumeur ulcérée, ayant envahi toute la lèvre inférieure, de la grosseur d'un petit poing. Les bords sont surélevés d'un centimètre environ au-dessus du niveau de la peau. L'ulcération s'étend en bas jusqu'à un centimètre et demi de la pointe du menton, elle s'étend en arrière et à droite à la joue, jusqu'à trois centimètres de l'angle de la bouche. La tumeur paraît être adhérente au maxillaire inférieur. Ganglion dur légèrement sensible à l'angle gauche du maxillaire.

Opération le 14 février 1901. Circonsision de la tumeur jusqu'à l'os, résection de la partie du maxillaire qui est adhérente au néoplasme, plastique.

Le patient quitte l'hôpital le 6 mars 1901, guéri sans avoir jamais rien présenté d'anormal au cours de la cicatrisation. Le patient ne présente en janvier 1903 aucune récidive. Les ganglions ne sont pas engorgés, il peut sans difficulté parler, manger et boire, son état général est très bon.

OBSERVATION VII

N. Marie, 42 ans. Entre le 14 juillet 1901.

Remarqua il y a un an une affection croûteuse au côté gauche de la lèvre inférieure. Les croûtes tombaient en saignant et se reformaient constamment. Un médecin lui prescrivit différentes pommades qui n'eurent aucun effet. L'affection se transforma progressivement en une tumeur verruqueuse. La malade n'est pas amaigrie, rien d'héréditaire.

La moitié gauche de la lèvre inférieure présente un néoplasme verruqueux de la grosseur d'un pois, à surface irrégulière, de consistance dure, nettement délimitée, indolente à la palpation. La tumeur n'est pas ulcérée, mais saigne facilement, les ganglions ne sont pas tuméfiés.

Opération le 27 juillet 1901. Excision en V de la tumeur. La malade quitte l'hôpital le 2 juillet 1901, avec une cicatrice parfaitement en ordre.

En janvier 1903 il n'y a pas de récidive et les ganglions ne sont pas engorgés. La malade est très satisfaite.

sur une étendue de 5 centimètres. Greffe osseuse fixée au moyen de fils d'argent. Plastique.

Au mois de décembre 1902, pas de récidive. La parole et la mastication ne sont pas entravées, pas de ganglions palpables.

OBSERVATION XII

G. Peter, 65 ans, ouvrier de fabrique. Entre le 10 juillet 1899.

Le patient remarqua par hasard, au commencement de mai dernier, une petite rhagade de la lèvre inférieure qui s'accrut progressivement et qu'il gratta fréquemment. Il a eu, à l'âge de 35 ans, une pleuro-pneumonie. Rien d'héréditaire.

Au milieu de la lèvre inférieure siège une ulcération, en partie recouverte de croûtes, de la dimension d'une pièce de 10 centimes, nettement délimitée et très dure. Des deux côtés sous la branche du maxillaire, on peut palper un petit ganglion dur et mobile.

Opération le 12 juillet 1899. Excision en V du néoplasme.

Le malade quitte la clinique le 18 juillet 1899 guéri. Il m'écrit en décembre 1902 que la tumeur n'a pas récidivé et que les ganglions ont disparu depuis lors.

OBSERVATION XIII

R. Johann, 78 ans, ouvrier de campagne. Entre le 18 mai 1899.

Le malade remarqua au courant de janvier passé une petite vésicule de la lèvre inférieure qui s'ouvrit et laissa une ulcération croûteuse, non douloureuse qu'il gratta fréquemment.

Fumeur de pipe, le tuyau a toujours reposé à la place où se trouve la tumeur Il n'a jamais été malade. Il est un peu amaigri depuis quelque temps et tousse souvent. Rien d'héréditaire.

Cancroïde de la lèvre inférieure à droite, franchement délimité, très dur

Opération le 25 mai 1899. Evidement de la fosse sous-maxillaire droite. Excision cunéiforme.

Le patient quitte l'hôpital le 1er juin 1899. Rien de particulier au cours de la guérison.

Son fils m'écrit en décembre 1902 que son père est mort en janvier 1901 et que l'affection qu'il avait à la lèvre n'avait pas réapparu, qu'il se portait encore très bien 8 jours avant sa mort.

OBSERVATION XIV

J. Gottlieb, 53 ans, maçon. Entre le 6 janvier 1899.

Remarqua, il y a un an et demi, une petite vésicule au milieu de la lèvre inférieure, assez douloureuse, qui s'indura et qu'il traita avec des pommades, mais sans effet. Il a toujours tenu sa pipe à la bouche en travaillant.

Au milieu de la lèvre inférieure, plutôt à droite, on constate une ulcération de 3 centimètres ½ de diamètre à fond irrégulier et à contours nets. Les ganglions sous-mentaux sont engorgés.

Opération le 12 janvier 1899. Anesthésie locale à la cocaïne. Excision du néoplasme. Plastique.

Au courant de janvier 1903, le malade me fait savoir que tout va bien.

OBSERVATION XV

W. Johann, 64 ans, agriculteur. Entre le 18 novembre 1898.

Au mois de juin, le malade remarqua, après s'être blessé en se rasant, une petite verrue à la moitié droite de la lèvre inférieure. La tumeur se développa progressivement. Le patient, fumeur de pipe, a un peu de peine à parler nettement. Sa femme succomba, il y a quelques années à un cancer du sein. Pas d'antécédents néoplastiques dans la famille.

A la lèvre inférieure siège une ulcération à bords taillés à pic, très résistante. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés à droite et à gauche.

Opération le 3 décembre 1898. Evidement des deux fosses sous-maxillaires. Circoncision de la tumeur. Plastique.

Le patient quitte la clinique le 12 décembre 1898. Il n'a en janvier 1903 aucune récidive et est bien portant.

OBSERVATION XVI

R. Christian, 55 ans, vacher. Entre le 25 avril 1898.

Il y a 4 ans, après avoir eu de la fièvre et une sensation

de malaise général, le patient remarqua, au voisinage de l'angle gauche de la bouche une petite vésicule qui s'ouvrit spontanément et se couvrit de croûtes. Au bout de plusieurs jours il se produisit une infiltration résistante de la région. L'affection fut cautérisée au nitrate d'argent, mais sans résultat, elle se mit à proliférer. Le patient, fumeur de pipe modéré, eût une pneumonie. Sa sœur a été opéré d'un cancer du larynx.

Tumeur verruqueuse et irrégulière de la lèvre inférieure, ulcérée, portant en son centre un nodule très dur. Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Opération le 3 mai 1898. Excision du néoplasme. Quitte la clinique le 16 mai dans un état excellent.

Les ganglions s'étant manifestés, une seconde opération eut lieu le 13 mars 1899.

En décembre 1903, le patient se déclare parfaitement rétabli.

OBSERVATION XVII

R. Gottlieb, 63 ans, agriculteur. Entre le 8 novembre 1897.

Le patient remarqua en décembre 1896, au côté gauche de la lèvre inférieure, une surface indurci de la grosseur d'un pois. Il la gratta et celle-ci augmenta de volume. Un médecin lui prescrivit une pommade, mais sans effet. Depuis un mois les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés.

Tumeur ulcérée comprimant les $^2/_3$ de la lèvre inférieure. La surface du néoplasme est irrégulière, les bords sont nettement délimités, la consistance est dure. Des ganglions sont également palpables, au bord du sterno-cleido-mastoïdien.

Opération le 10 novembre 1897. Excision de la tumeur. Evidement des deux fosses sous-maxillaires.

La famille du malade m'écrit en décembre 1902 que la tumeur a recidivé très peu de temps aprés l'opération et que R est allé se faire réopérer ailleurs, avec succès cette fois, mais qu'il est mort le 20 décembre 1898 d'une affection vésicale.

OBSERVATION XVIII

V. Ulysse, 56 ans, caissier. Entre le 24 juin 1897.

Rien de particulier en ce qui concerne l'hérédité, toujours bien portant, fort fumeur de pipe tenue toujours au côté gauche de la bouche. Le patient admet comme cause de sa

maladie le fait d'avoir bu dans le verre d'un camarade porteur d'une affection croûteuse de la lèvre à laquelle succéda une petite tumeur. Peu de temps après le contact, il y a environ 9 mois, apparut une rhagade de la lèvre qui ne se cicatrisa pas malgré l'usage de médicaments. Le patient reçut, de plus, un coup sur la bouche, saigna fortement, la lèvre s'indura. Cautérisations qui n'eurent aucun résultat.

En mars dernier V. fut opéré par son médecin. (Excision du cancer, extirpations de ganglions sous-maxillaires, grattage de l'os).

La plaie guérit en 10 jours. Jusqu'au milieu du mois dernier le résultat parût bon. Mais il se forma à gauche et à droite de la cicatrice de petites nodosités qui se mirent à proliférer fortement. Le médecin constata une récidive et l'envoya à Berne.

La tumeur est très étendue, ulcérée, à bords irréguliers, tranchants, de consistance résistante, par places élastique.

Gros ganglions sous la branche gauche du maxillaire, paquet sous-mental adhérent à l'os. Perte de substance à la lèvre inférieure.

Opération le 29 juin 1897. Extirpation étendue de la tumeur et des glandes, résection du maxillaire, plastique.

Le médecin du patient m'écrit que V. est mort de récidive de son carcinome dans le courant de l'année 1899.

OBSERVATION XIX

H. Christian, 63 ans, agriculteur. Entre le 25 juin 1897.

Le patient, fumeur de pipe, remarqua en juin de l'année dernière une petite ulcération au côté droit de la lèvre inférieure. Il utilisa différents médicaments, mais sans succès.

La tumeur a une surface ulcérée irrégulière et bosselée, de consistance dure.

Opération le 28 juin 1897. Evidement de la fosse sous-maxillaire droite. Excision en V de la tumeur.

Le patient ne présente en janvier 1903 aucune récidive.

OBSERVATION XX

J.-W. Anna, 70 ans. Entre le 25 mai 1896.

Il y a 2 ans, la malade remarqua une petite excroissance verruqueuse de la lèvre.

Augmentation progressive de volume, ulcération. Pommades qui n'eurent aucun effet.

La tumeur a la dimension d'une pièce de 10 centimes, elle est ulcérée, les bords ne sont pas très indurés, les ganglions sous-maxillaires sont envahis, paquet à l'angle droit du maxillaire.

Opération le 15 juin 1896. Extirpation des ganglions. Excision cunéiforme du néoplasme.

La malade est morte 2 jours après l'opération.

OBSERVATION XXI

W. Benedikt, 54 ans, camionneur. Entre le 18 juin 1894.

Le patient fut déjà opéré à la fin de décembre 1880 de carcinome de la lèvre inférieure, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux superficiels furent soigneusement extirpés des deux côtés. Le patient fut depuis parfaitement bien. L'hiver passé, il se mordit, en travaillant, à la place opérée. Forte hémorrhagie. Une ulcération douloureuse apparût. Le malade a délaissé la pipe pour les cigares depuis la première opération. Rien de particulier en ce qui concerne l'hérédité.

L'ouverture de la bouche est petite. Toute la lèvre inférieure présente une ulcération. Pas de ganglions.

Opération le 25 juin 1894. Excision de la lèvre inférieure. Plastique.

La femme du patient me raconte que son mari est mort de récidive et d'hémorrhagie en 1897.

OBSERVATION XXII

C. Arsène, 62 ans, ouvrier de campagne. Entre le 15 janvier 1894.

Le patient remarqua, il y a un peu plus de deux mois, une petite ulcération siégeant à l'angle gauche de la bouche. La tumeur s'accrût progressivement jusqu'à atteindre la grosseur d'un pois. Grand fumeur de pipe, n'a jamais été malade. Une de ses sœurs est morte de carcinome de l'utérus.

A la lèvre inférieure on constate une tumeur étendue de surface irrégulière, ulcérée et recouverte de granulations. Les bords sont nettement délimités et résistants. A droite et à gauche, les ganglions sont tuméfiés à l'angle du maxillaire.

Opération le 20 janvier 1894. Curettage des deux fosses sous-maxillaires et extirpation de ganglions cervicaux. Excision cunéiforme du néoplasme.

Le fils de C. m'écrit à la fin de décembre 1902, que son père est mort en 1896 des suites d'une infection due à une piqûre du doigt. Qu'à cette époque aucune récidive ne s'était manifestée.

OBSERVATION XXIII

S. Fritz, 66 ans. Entre le 20 février 1893.

Il y a un an, une petite excroissance papillaire arrondie se forma à la lèvre inférieure. Elle se transforma en 1892 en un ulcère. La croissance qui fut lente s'est accrue depuis un mois et demi. L'infiltration s'est étendue à toute la lèvre inférieure. En ces dernières semaines, une deuxième ulcération est apparue au côté gauche de la lèvre. Celle-ci s'est entièrement indurée. Rien d'héréditaire. Ne fume pas.

La lèvre inférieure est fortement épaissie et ulcérée, à sa face interne on sent des petites nodosités irrégulières. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés.

Opération le 25 février 1893. Extirpation bilatérale des ganglions. Excision totale de la lèvre inférieure. Plastique.

Le patient est mort le 10 octobre 1898 d'une blessure du pouce sans récidive.

OBSERVATION XXIV

S. Ulrich, 33 ans. Entre le 25 juin 1891.

Le malade fut opéré d'un épithelioma de la lèvre inférieure par son médecin à la fin du mois de mars 1891. Tout alla bien jusqu'au commencement du mois de mai, il se forma alors une tumeur de la face externe de la moitié gauche du maxillaire, suivie d'un second néoplasme.

Cicatrice a la moitié gauche de la lèvre inférieure. Au côté gauche du maxillaire, tumeur dure, adhérente aux tissus voisins. La peau ne présente pas de coloration spéciale. Un peu plus en arrière, seconde tumeur, plus petite, de la grosseur d'une cerise, légèrement mobile, de consistance plus molle que l'autre.

Opération le 27 juin 1891. Incision parallèle au bord du maxillaire entre les deux métastases glandulaires. Le néo-

plasme supérieur est enlevé le premier avec le périoste du maxillaire. Le deuxième est ensuite extirpé.

Le 31 octobre 1891, le malade est réopéré pour récidive. Il subit une intervention radicale étendue (lèvres, ganglions, resection du maxillaire). Il meurt le 12 novembre 1891 de pneumonie.

OBSERVATION XXV

C. Henri, instituteur. Entre le 26 juillet 1887.

Blessure de la lèvre inférieure due à une égratignure faite par une petite fille. Pas de cicatrisation.

Tumeur de la grosseur d'un pois. Pas de ganglions.

Opérations le 26 juillet 1887. Anesthésie locale à la cocaïne. Excision cunéiforme et néoplasme.

Le malade me fait savoir le 11 janvier 1900 qu'il a été opéré avec un plein succès.

OBSERVATION XXVI

C. Jules, 43 ans, peintre. Entre le 5 février 1885.

Rien en ce qui concerne l'hérédité. La tumeur est apparue il y a 16 mois, sous l'influence du froid, dit le patient. Trois pleurésies, la première à l'âge de 20 ans, un typhus en 1871. Fume la pipe, qu'il tient des deux côtés.

Ulcération siégeant à gauche, occupant les $^3/_4$ de la lèvre inférieure et s'étendant à la supérieure. La surface de l'ulcère est recouverte de pus et de croûtes, elle est finement bosselée. L'infiltration est manifeste au pourtour. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés à gauche.

Opération le 9 février 1885. Narcose. Excision des ganglions et de la glande sous-maxillaire. Extirpation du carcinome.

Le 5 mars 1885. Récidive s'étendant à la joue gauche. Resection de maxillaire.

Le malade est mort 3 semaines après cette opération.

OBSERVATION XXVII

H. Niklaus, 42 ans. Entre le 7 septembre 1885.

Le néoplasme est apparu en février de l'année passée sous la forme d'une érosion couverte de croûtes, de la gros-

seur d'un pois. Depuis juin 1884, augmentation de volume. Le patient est un fumeur modéré de pipes et de cigares. La tumeur n'a jamais occasionné de doulenrs, elle fut cautérisée au nitrate d'argent, mais sans succès. Rien d'héréditaire.

Au côté gauche de la lèvre inférieure se trouve une tumeur de la grosseur d'une noisette, dure, irrégulière, ulcérée. A gauche et à droite les ganglions sous-maxillaires sont palpables et mobiles.

Opération le 10 septembre 1885. Excision en V du Cancroïde.

Le patient est en janvier 1903 exempt de récidive.

BIBLIOGRAPHIE

Archives de chirurgie clinique de Langenbeck

Tome I, 1861. Bericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der Chirurgie im Jahre 1859, von Dr E. Gurlt. Page 141.

Tome V, 1864. Bericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der Chirurgie im Jahre 1862, von Dr E. Gurlt. Page 134.

Tome XXI, page 673. Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der Epithelialkrebse der Haut von Prof. Dr W. Busch in Bonn.

Supplément du volume XXI. Die Langenbeck'sche Klinik und Poliklinik zu Berlin während der Zeit vom 1. Mai 1875 bis 31. Juli 1876. Ein Bericht verfasst von Dr R. Krönlein, page 58.

Tome 63, 1901, page 613. Zur Lymphdrüsenextirpation beim Unterlippenkrebs (aus der chirurg. Klinik zu Königsberg) von Dr A. Stieda.

Tome 65, 1902, page 329. Zur Frage des Lippenkrebses.

Klinisches und statistisches Material aus dem Krankenhause und Ambulatorium Kaiser Nicolas II., von Dr L. J. Janowsky in Kiew.

Deutsche Zeitchrift für Chirurgie, Band I, 1899, page 95.

Beiträge zur Statistik des Lippenkrebses, von Dr Theodor Fricke (aus der Göttinger Chirurgischen Klinik),

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XV. Beitrag zur Statistik der Carcinoma labiinferiores, von Dr C. Koch.

Internat. Monatschrift für Anatomie und Physiologie. XVII. 1900.

Ueber die Lymphgefässe und Lymphdrüsen der Lippe mit Beziehung auf die Verbreitung des Unterlippencarcinoms von Dr Dorendorf in Berlin.

Beiträge zur Klinische Chirurgie. XXVII. 1900.

Zur Statistik des Lippenkrebses auf Grund von 565 Fällen aus der V. Brun'schen Klinik von Dr Loos.

Heurtaux. Du cancroïde en général, thèse de Paris 1860.

Bouisson. Du cancer buccal chez les fumeurs. Montpellier, med. 1859.

Dugué. Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma de la lèvre inférieure. Thèse de Paris 1901.

Duplay et Reclus. Traité de chirurgie.

Le Dentu et Delbet. Traité de chirurgie.